

La Tuberculose dans les Asiles d'Aliénés

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marguerite COLLET

Diplômée de Microbiologie et d'Hygiène

de la Faculté de Médecine de Lyon

Interne des Asiles du Rhône

Née le 20 Août 1901 à CHALON-sur-SAONE (Saône-et-Loire)



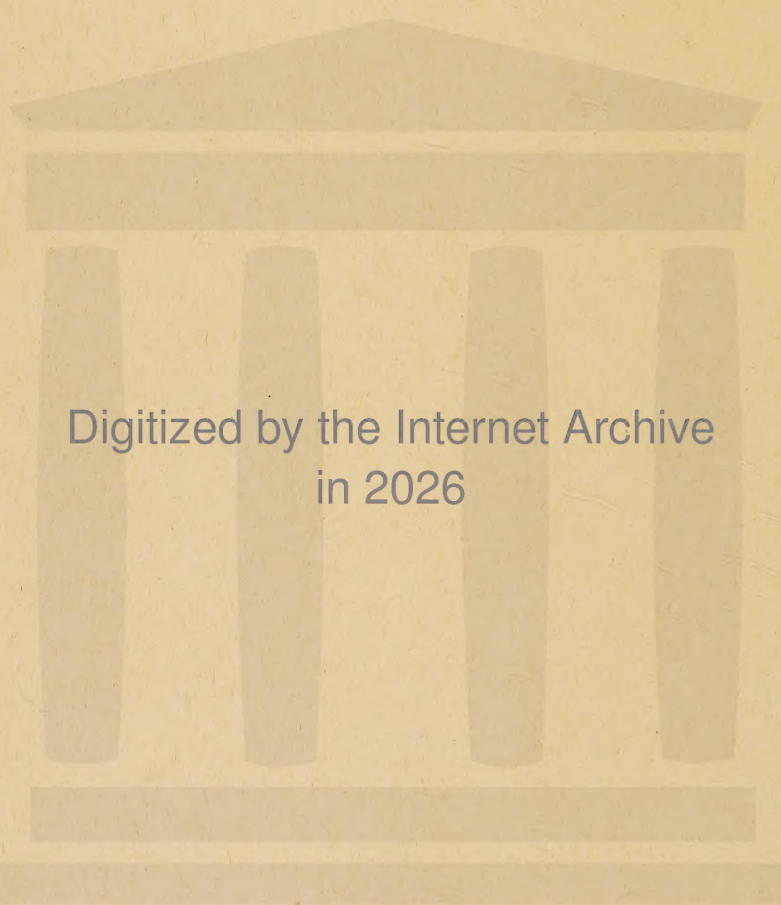
LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

La Tuberculose dans les Asiles d'Aliénés



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553621_0073

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N 120

La Tuberculose dans les Asiles d'Aliénés

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marguerite COLLET

Diplômée de Microbiologie et d'Hygiène

de la Faculté de Médecine de Lyon

Interne des Asiles du Rhône

Née le 20 Août 1901 à CHALON-sur-SAONE (Saône-et-Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE



Doyen honoraire M L. HUGOUNENQ.
Doyen M J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	DUMAS	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUFOURT	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DEVIC	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	GABRIELLE	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	BERNHEIM
RHENTER	NOEL		DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT, *président*; BRETIN, *assesseur*;
ROCHAIX et GATÉ, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

C'est à leur vie de dévouement et de sacrifices que je dois tout. Je leur dédie ce modeste travail. Puisse-t-il les dédommager un peu de leurs peines et leur témoigner toute mon affection et ma reconnaissance.

A MON MARI

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPINE
Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon
Correspondant de l'Institut
Associé National de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Nous le prions de vouloir bien
accepter l'hommage de notre re-
connaissance pour la bonté avec la-
quelle il nous a toujours accueillie
et la bienveillance dont il ne s'est
jamais départi pour nous guider
au cours de nos études médicales.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

Officier de la Légion d'Honneur

C'est de tout cœur que nous le remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse dont il fut l'inspirateur à l'époque où, dans son laboratoire, nous préparions notre diplôme d'hygiène. Son enseignement nous a été précieux. Nous le prions de croire à toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRETIN

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille agréer ici l'expression de notre profonde gratitude pour la bonté et la sympathie si bienveillante qu'il nous a toujours témoignées. Nous désirons l'assurer de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait d'être notre juge.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHAIX

Professeur Agrégé

Chevalier de la Légion d'Honneur

C'est avec un vif intérêt que nous avons suivi son enseignement pendant notre dernière année d'études médicales. Nous sommes heureuse de l'avoir aujourd'hui pour juge, et nous lui adressons nos bien sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GATE

Professeur Agrégé

Nous le remercions vivement d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre jury.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CONDOMINE

Médecin-Chef à l'Asile de Bron

Nous n'oublierons jamais la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, ni les conseils éclairés que nous avons reçus de lui pendant les années d'internat passées dans son service. Nous le prions d'agréer ici nos meilleurs sentiments de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT BRUNERIE

*Ancien Interne des Asiles du Rhône
et de la Clinique Psychiatrique de la Faculté*

Nous tenons à le remercier très cordialement de nous avoir aidée dans l'élaboration de ce travail.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ

« Les aliénés ont, si l'on peut dire, plus de droits que tous les autres hospitalisés à être traités selon les méthodes modernes. Si la société a le droit de priver de sa liberté un de ses membres, elle n'a certes pas celui de l'exposer à une contagion de conséquence aussi grave que la contagion de la tuberculose (1). »

(1) Docteur Marcel Briand.

La Tuberculose dans les Asiles d'Aliénés

Introduction

Sur la proposition de M. le Professeur Courmont, nous pensions aborder dans notre thèse l'étude de la tuberculose dans les asiles d'aliénés, rechercher sa fréquence, dresser une statistique d'après des auscultations en série et répétées, établir enfin un tableau comparatif d'après les nécropsies.

Nous espérions pouvoir obtenir une statistique des décès par tuberculose dans les différents asiles de France et autant que possible dans divers asiles des autres nations. Mais, par suite des difficultés auxquelles nous nous sommes heurtée et dont nous allons parler plus loin, nous avons été dans l'obligation de modifier l'orientation de notre étude, commencée d'ailleurs par un certain nombre d'examens cliniques et d'autopsies.

Pratiquement, par suite des conditions dans lesquelles vivent les malades, on ne peut pas dépister tous les cas de tuberculose qui peuvent se présenter dans un asile.

D'abord, parce que le diagnostic de la tuberculose pulmonaire est beaucoup plus minutieux et divers que

ne l'est celui de beaucoup d'autres affections, aux allures plus franches, aiguës, cycliques, à peu près invariables d'un cas à l'autre : la difficulté provient du polymorphisme de la maladie, des allures sournoises qu'affecte le réveil des foyers tuberculeux, des causes d'erreur multiples qui font croire à l'existence de la tuberculose alors qu'il n'y a que de fausse tuberculose.

Ensuite et surtout, parce que l'asile d'aliénés n'est pas un hôpital à proprement parler.

Nos recherches nous ont cependant permis de constater que la tuberculose n'est pas une maladie rare à l'asile.

Et si « la lutte antituberculeuse est le premier devoir d'une collectivité », cette lutte doit s'étendre à tous ceux qui souffrent du même mal, où qu'ils se trouvent, et malgré toutes les difficultés qu'on est susceptible de rencontrer pour améliorer leur état.

Dans un premier chapitre, nous verrons l'histoire de la question; car, à plusieurs reprises, la fréquence de la tuberculose dans les asiles a préoccupé à juste titre les psychiatres.

Nous étudierons ensuite les causes de la tuberculose dans les asiles, — ses formes cliniques, — les difficultés de son diagnostic chez les malades mentaux, — et, après avoir constaté ce qui est fait pour sa prophylaxie, nous verrons ce qui devrait être fait : il y a, hélas, souvent un abîme entre les grands principes d'hygiène et leur application, en particulier chez les malades qui nous intéressent.

Historique

En France comme à l'étranger, la fréquence de la tuberculose, de la tuberculose pulmonaire en particulier, dans les asiles d'aliénés, est connue depuis longtemps.

Esquirol déjà, faisant l'autopsie de 176 mélancoliques, a trouvé 62 fois des lésions de phtisie pulmonaire ou de pleurésie chronique, c'est-à-dire dans un tiers des cas.

« Les mélancoliques, dit-il, succombent presque toujours à des maladies chroniques, particulièrement aux affections de poitrine. La phtisie, qui complique la folie et plus particulièrement la lypémanie, a été observée par Mead et Lorry (*De melancholia et morbis melancholicis*). J'ai vu un grand nombre de fois la phtisie précéder de plusieurs mois la lypémanie, et même la manie, ou se déclarer en même temps qu'elle. Ces phtisies échappent à l'observation la plus attentive. Les malades s'affaiblissent, tombent dans le marasme et la fièvre lente, quelquefois avec toux, dévoiement; ils s'éteignent. Le délire, loin de cesser, augmente jusqu'à la fin. »

Il étend d'ailleurs cette remarque aux déments :
« L'ouverture des cadavres des individus morts dans

la démence offre assez souvent des tubercules des poumons. »

Après lui, son élève Georget signale que la phtisie fait périr la moitié des aliénés à la Salpêtrière.

Burrows et Ellis, Friedreich, Schroeder van der Kolk, Skaë, Clouston font également remarquer la fréquence de la tuberculose chez les aliénés.

« Nous avons vu, dit Broussais, que les fous contractent fréquemment des inflammations chroniques des organes de la respiration et de la circulation. Il n'est pas étonnant qu'on trouve chez eux des anévrismes, des poumons indurés, ulcérés, tuberculeux, la plèvre et le péricarde altérés et contenant un liquide épanché. »

Calmeil, prenant des aliénés au hasard, tels qu'ils se présentent dans chaque quartier d'une maison de fous, constatait que $\frac{2}{5}$ des aliénés qui meurent sont phtisiques, que 20 fois sur 30 les deux côtés de la poitrine sont atteints, que le poumon gauche est affecté seul plus souvent que le droit.

Dufour, en 1870, dénonçait l'encombrement des asiles d'aliénés. Cullerre étudiait les rapports fréquents de la tuberculose avec l'aliénation.

En 1880, Raynaud, recherchant la pathogénie de la gangrène pulmonaire chez les aliénés, lui donne la tuberculose comme origine.

Maussire, en 1902, consacre sa thèse à la nécessité d'isoler les aliénés tuberculeux, pendant que La Bonnardière, en 1898, Chartier, en 1899, Bernheim, en 1903, Anglade et Chocreaux, Bour, Morselli publient travaux sur travaux, s'efforçant de préciser l'influence

étiologique et pathogénique de la tuberculose sur les psychoses et sur la paralysie générale, en même temps qu'ils constatent la fréquence avec laquelle les aliénés sont frappés de tuberculose.

A vrai dire, la question prit corps en Allemagne : au Congrès des Aliénistes allemands de Weimar (1891), et au Congrès de Hanovre (1892), pour devenir internationale au Congrès de Naples (1900), d'Anvers (1902), de Bruxelles et Cassel (1903). En Angleterre, l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande se charge d'étudier la fréquence, les causes et la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles, en même temps que la question est discutée au Congrès de Berlin.

En France, le mouvement s'accroît au Congrès de Médecine de Paris (1900). Briand et Marie insistent, à celui de 1905, sur la nécessité et l'urgence des mesures à prendre; car les travaux de tous les aliénistes s'accordent à constater la plus grande fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés que parmi la population extérieure. Les statistiques nombreuses, tant nationales qu'étrangères, mettent les points sur les *i* : Pour la tuberculose il n'y a pas de frontières. En effet, les médecins allemands, Hagen, Nœtel, Oswald, Bœtel, Wielff, Snell, Geist constatent que la tuberculose tue bien davantage dans l'asile que dans le reste du pays et réclament d'énergiques mesures prophylactiques.

D'après Hagen, la mortalité due à la phtisie est cinq fois plus considérable parmi les aliénés que parmi les individus sains d'esprit ; trois fois seulement en

France, d'après Brouardel. D'après Heimann, la tuberculose pulmonaire ne serait pas notablement plus fréquente dans la population des asiles que dans la population normale.

En Angleterre, il y a déjà plus de 60 ans que Clouston parlait aux aliénistes des ravages de cette affection dans les asiles de l'Ecosse, au moment même où l'Académie de Médecine entendait Villemin la démontrer maladie infectieuse, transmissible et inoculable.

Crookshank, s'appuyant sur les travaux et rapports des docteurs Catham, Chalmers, Ransome, Clouston, a étudié d'une façon toute particulière la fréquence, les causes, la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire dans les asiles d'aliénés. Il rapporte que la mortalité par bacillose est beaucoup plus élevée (4 à 5 fois plus) dans les asiles que dans la population mâle non internée, âgée de 35 à 45 ans, les hommes de cet âge formant le groupe le plus exposé à la mort par phtisie.

En Italie, Luigi Scabia; en Autriche-Hongrie, Leidesdorf, Engel, Pandy-Cadman, Morselli, s'associent au chœur universel. Plus récemment, Zalla constatait sur 1.023 autopsies d'aliénés 320 cas de tuberculose, soit : 31,28 %.

En Russie, Toporkoff réclame l'isolement des aliénés tuberculeux en donnant des moyennes de décès par tuberculose variant de 4,4 à 35 %.

Aux Etats-Unis, voici Vorkmann, dès le siècle dernier, puis de nos jours, Harrington qui trouvent 60 % d'aliénés tuberculeux; l'Etat de New-York semble cependant faire exception, puisque le docteur Allen ne donne qu'une proportion inférieure à 12 %.

En Hollande, Bavnick indique une mortalité par tuberculose de 2,02 pour 1.000 habitants alors que Scrøder prouve que cette proportion est de beaucoup dépassée dans les asiles d'aliénés.

En Belgique, les docteurs Tervaque et Peeters s'accordent avec la Société Anversoise pour déclarer que la tuberculose exerce de grands ravages dans les asiles et ajoutent (ce qui pourrait être dit de beaucoup d'asiles où les autopsies ne sont pas faites systématiquement) que les chiffres officiels de décès par tuberculose sont loin de concorder avec la fréquence réelle de l'affection; en effet, comme le disent Peeters, Marie, bien des décès par marasme, par bronchite chronique, sont imputables à la tuberculose et Brouardel nous en a donné acte dans ses statistiques de la tuberculose en France, en inscrivant des milliers de bronchites parmi les maladies tuberculeuses. On peut en dire autant des méningites, péritonites et surtout des entérites, comme l'ont mis rigoureusement en lumière les travaux d'Anglade en ce qui concerne les dernières.

Quoi qu'il en soit, des diverses statistiques données par les auteurs, il résulte qu'on ne fait pas exception en France : les aliénés paient un tribut trois fois plus considérable que le reste de la population. On relève, en effet, 43,8 décès par tuberculose pour 1.000 habitants, 117,1 pour 1.000 aliénés.

Nous ne pouvons d'ailleurs attribuer à ces chiffres qu'une valeur toute relative. Ce qui nous frappe, c'est la dissemblance formidable qu'il est possible de rencontrer en comparant quelques statistiques. Nous li-

sions récemment un article, duquel nous avons extrait les chiffres qui précèdent. Et nous avons en ce moment sous les yeux d'autres chiffres bien différents: « Jusqu'à 117 morts par 10.000 pensionnaires dans les asiles publics: dans certains asiles privés, la mortalité n'est que de 40 pour 10.000, presque normale ».

Sans attribuer aux statistiques tout le crédit, toute la valeur, tout l'intérêt que l'on voudrait pouvoir leur accorder, on est parfois tenté de croire qu'elles ne sont bien souvent « que des combinaisons de chiffres, n'approchant que de très loin la réalité ».

Causes de la tuberculose dans les asiles

L'on est souvent frappé, et à juste titre, de la fréquence de la tuberculose parmi les aliénés. Mais, en réfléchissant quelque peu, on a le droit d'être surpris de ne pas la rencontrer plus souvent encore. Car la plupart du temps, ces malades vivent dans une hygiène médiocre, hygiène physique d'une part, hygiène alimentaire en rapport avec l'état mental, d'autre part.

Un fait curieux, c'est l'immunité relative, quelquefois très grande, dont jouissent certains aliénés vis-à-vis des influences atmosphériques et des maladies accidentelles. Combien voyons-nous chaque jour de malades rester nus impunément, marcher pieds nus sur les trottoirs d'asphalte, par n'importe quel temps, même pendant les plus grands froids?

Si ce comportement des malades est sans danger pour beaucoup, il est pour d'autres une cause adjuvante de l'éclosion de la maladie.

En outre, et c'est là un point beaucoup plus important, la plupart des salles où les malades sont confinés pendant de longues heures — locaux souvent trop exigus pour le nombre de leurs habitants — sont un milieu favorable à la pullulation des bacilles.

Nombre de malades n'ont aucun souci de la propreté la plus élémentaire. Les crachats frais ou desséchés souillent l'air et disséminent les germes.

Ainsi que le remarquait déjà Crookshank, le bacille de Koch ne pénètre pas toujours par infection directe; mais la matière morbifique se mélange à l'atmosphère des salles par la dessiccation des crachats et elle est respirée par les malades.

Par la respiration, les bacilles se greffent sur les poumons. Mais les poussières bacillifères des salles sont encore plus dangereuses lorsqu'elles souillent les aliments ou sont avalées directement. Dangereuses aussi sont les gouttelettes de Flügge qui, tombées sur les mains, les lèvres, sont ensuite ingérées.

Le tube digestif, lui aussi, est souvent infecté, car les malades avalent leurs crachats (exception faite pour ceux qui sont expectorés sur la literie et l'entourage!), portent à leur bouche tout ce qu'ils trouvent sous la main.

En conséquence, les localisations de la tuberculose secondaire se font sur les poumons et sur les intestins. L'entérite tuberculeuse est fréquente et les diarrhées observées au cours de la maladie n'ont parfois pas d'autre origine.

Privés pour la plupart de l'exercice au grand air — bien qu'ils aient la jouissance d'une cour dans chaque division, pas toujours très spacieuse, elle non plus, nous le reconnaissons — les malades sont dans des conditions de réceptivité parfaite.

Ajoutons à cela que, si l'affaiblissement de la vitalité, la diminution de l'expansion thoracique chez les

déprimés et les mélancoliques ou les malades cata-toniques, les rendent plus aptes à s'infecter, nous pouvons incriminer encore « les qualités peu nutritives du régime alimentaire, qui peut suffire à des individus bien portants, mais n'est pas adapté à des déments, des mélancoliques déprimés, qui sont en état de lutte permanente contre le tubercule » ; car la tuberculose est beaucoup plus fréquente chez ces sujets, et d'une façon plus générale chez les aliénés qui présentent de la dépression, de la torpeur, de la stupeur, du refus des aliments, que chez les autres aliénés. Ces malades, en effet, s'alimentent mal et leur organisme, sous l'influence des troubles de la nutrition, devient une proie facile pour le bacille tuberculeux. Notons en passant que la tuberculose ajoute ses effets à ceux des troubles mentaux pour produire la dénutrition de l'organisme et favorise ainsi la chronicité de l'affection mentale.

Un rôle important dans la diffusion de la tuberculose, à l'asile autant et plus peut-être qu'à l'extérieur, est joué par les mouches. « Elles sont très friandes de crachats. Leurs excréments contiennent des bacilles virulents en très grand nombre. Elles déposent ces excréments partout, donc sur nos aliments : nous avons aussi des poussières qui sont ainsi souillées. En outre, les mouches ont une prédilection pour les lésions cutanées, érodées ou enflammées, notamment chez l'enfant (croûtes, commissures des paupières, commissures des lèvres, etc...) : elles vont là déposer des bacilles qui pénétreront très facilement ».

Si l'enfant se défend mal des mouches, que dire

de l'aliéné que l'on a coutume de considérer comme un grand enfant ? Beaucoup seraient surpris, en pénétrant dans une infirmerie, en plein été, de voir certains malades — heureusement peu nombreux par rapport à la totalité — alités, inertes dans leur lit, le visage couvert de mouches, et ne faisant aucun effort pour les chasser.

Telle est la question étiologique considérée surtout du point de vue de l'hygiène.

Du point de vue psychiatrique, nous devons distinguer parmi nos tuberculeux d'asiles, deux catégories de malades :

1° Ceux qui avaient déjà le germe de la tuberculose avant l'arrivée à l'asile ;

2° Ceux qui sont devenus tuberculeux à l'asile.

Voici une jeune fille qui entre dans une division d'agitées avec un état confusionnel fébrile ; elle est troublée, désorientée, présente un délire onirique, parle sans arrêt, chante, crie, etc... Le thermomètre annonce le soir 38°5. On craint un délire aigu. Mais nous apprenons qu'elle est atteinte de bronchite depuis plusieurs mois et l'auscultation nous révèle en effet un sommet suspect. Nous ne devons pas, si elle meurt à l'asile, dire que c'est une aliénée devenue tuberculeuse. C'est une tuberculeuse devenue aliénée.

Dans une section de tranquilles, c'est une persécutée qu'on nous signale un jour pour une hémoptysie. Cette hémoptysie n'est pas la première. La malade avait été soignée déjà pour les bronches trois ou quatre ans avant l'internement.

Dans un atelier de couture, une femme de 60 ans,

délirante chronique, bonne travailleuse, mais de santé fragile, vient tous les hivers demander des médicaments pour son catarrhe et pour son état de faiblesse. L'extrait thébaïque doit alterner pendant plusieurs mois avec les glycérophosphates et l'arrhénal. Cette malade a une tuberculose fibreuse à évolution très lente. Mais elle a eu une pleurésie dix ans avant de venir à l'asile. Sans l'internement, elle aurait eu de même toute sa vie à se défendre contre les atteintes du mal.

Nous ne voulons pas multiplier les exemples.

Ajoutons toutefois qu'il est fréquemment très difficile d'être renseigné exactement sur l'état antérieur.

Dans ces différents cas, quelle est l'action de l'internement sur la tuberculose ? Elle est variable suivant les malades, variable surtout suivant les formes mentales. On est en droit de dire que dans certains cas la tuberculose n'aura, de par le séjour forcé à l'asile, aucune aggravation. C'est quand il s'agira d'une délirante, sans troubles de l'humeur (ni excitée, ni déprimée), sans réactions mélancoliques (s'alimentant bien), et qui aura dans la journée une activité suffisante. Nombreux sont en somme, dans les quartiers calmes d'un asile, les malades qui ont une vie physique normale, si l'on considère seulement le déploiement de leur activité musculaire, leur alimentation et leur sommeil. Parmi ces malades, certains peuvent même bénéficier, pour des lésions bronchitiques, du séjour à l'asile puisque les asiles sont à peu près toujours situés à la périphérie des villes ou à la campagne, c'est-à-dire au grand air.

Mais, dans la plupart des cas, les manifestations anormales commandées par les troubles mentaux, risquent d'avoir un effet fâcheux sur l'évolution de la tuberculose. C'est là qu'il faut remarquer l'effet de dénutrition habituellement provoqué soit par un état de dépression prolongé, soit au contraire par un état d'excitation psychomotrice qui ne va pas sans une usure plus rapide de l'organisme, soit par le manque de sommeil, soit par l'anxiété continuelle, soit par le refus d'aliments quelle qu'en soit la cause.

Tels sont donc les cas dans lesquels l'internement n'est pas responsable de l'apparition de la tuberculose, mais peut devenir, soit par l'effet de la maladie mentale elle-même, soit par les conditions de milieu, une cause d'aggravation de la tuberculose.

Dans la deuxième catégorie, nous avons les malades devenus tuberculeux à l'asile, les malades entrés sains de corps à l'asile et qui y meurent au bout de quelques années de tuberculose. C'est chez ceux-là qu'il faut invoquer l'influence prédominante du trouble mental et accessoirement les mauvaises conditions de milieu. La tuberculose n'atteint pas les aliénés indifféremment, au hasard de la contagion. Tout le monde sait qu'il y a dans les asiles de vieux chroniques qui atteignent un âge avancé, des malades qui ont entre vingt et cinquante ans de séjour à l'asile. Ceux qui vivent le plus longtemps, ce sont les travailleurs, quelle que soit leur forme mentale, qu'il s'agisse de persécutés chroniques, de mystiques, de maniaques à rechutes, d'épileptiques à crises espacées, de dégénérés ou de débiles, parce que leur mode d'existence

se rapproche beaucoup de la normale. D'autres malades ne deviennent pas tuberculeux parce que leur maladie évolue vite et que leur appétit reste bon jusqu'au bout : ce sont les paralytiques généraux. On peut en dire autant des déments organiques et des déments séniles qui s'alimentent régulièrement et arrivent à la cachexie terminale avant qu'une hygiène défavorable les ait donnés en proie au bacille de Koch.

Il y a au contraire quelques variétés de malades qui paient un lourd tribut à la tuberculose. Ce sont en première ligne les déments précoces, victimes désignées d'avance, puis les mélancoliques et hypochondriaques et quelques délirants chroniques. Les déments précoces, et nous entendons seulement par là les catatoniques et les hétérophréniques, s'exposent autant peut-être dans leurs formes agitées que dans leurs formes stuporeuses. Dans les premières, leur manque absolu d'hygiène, leur malpropreté les expose plus que quiconque à la contagion. Dans les secondes, leur inertie, leur inactivité, leur immobilité qui dure quelquefois des mois, leur alimentation irrégulière et insuffisante, les met dans un état d'infériorité évidente vis-à-vis de l'infection. Les déments précoces sont ainsi voués à la tuberculose dans une proportion impressionnante.

A côté d'eux, les mélancoliques, les hypochondriaques et les délirants qui se replient sur eux-mêmes, qui perdent contact avec leur entourage, refusent de se mêler à la vie extérieure, passent leurs journées à ruminer leurs pensées et refusent fréquemment les aliments, soit par peur du poison, soit par idée délirante d'indignité, sont aussi très exposés et sont touchés dans une assez forte proportion.

Difficultés du diagnostic précoce

Le diagnostic précoce de la tuberculose est particulièrement difficile à l'asile.

1° LE PERSONNEL MÉDICAL EST INSUFFISANT.

Les aliénés sont nombreux, trop nombreux pour un seul service (environ 900 à 950 dans le service de notre maître, M. le Docteur Condomine), pour que le médecin, si consciencieux, si dévoué soit-il, puisse les suivre régulièrement au point de vue mental et au point de vue physique.

2° CONDITIONS DE MILIEU.

Groupés dans différents quartiers, les malades s'y trouvent en promiscuité permanente. Si l'on sépare *grosso modo* les calmes des agités, on ne peut pas grouper d'une façon rigoureuse les différentes catégories de malades mentaux.

Certains sujets sont, malgré leur déficit psychique, susceptibles de travailler; les uns sont occupés dans la division même, les autres dans les divers ateliers de l'asile. Or les travailleurs échappent à un examen médical suivi: on les voit de temps en temps, soit qu'ils

viennent d'eux-mêmes demander une consultation, soit parce que le personnel chargé de leur surveillance a remarqué un symptôme anormal : pâleur, amaigrissement, lassitude, manque d'appétit, etc...

Il en est d'autres, vieux chroniques, pensionnaires de l'asile depuis des mois, voire des années, qui, par suite de leur état physique ou mental, sont incapables de rester debout et, de ce fait, sont alités d'une façon permanente ou presque.

A priori, il semble qu'on puisse plus facilement suivre, surtout au point de vue qui nous intéresse, les malades couchés que les autres ; il n'en est rien.

L'examen se fait toujours dans de mauvaises conditions. La plupart se prêtent mal aux investigations ; ils sont peu dociles, respirent mal, et assurément une grande quantité de lésions, surtout quand elles ne s'imposent pas par des signes grossiers, passent inaperçues. D'après certains auteurs, la moitié au moins des lésions pulmonaires échappent de ce fait au clinicien.

D'autres parlent ou crient sans discontinuer et rendent nulle toute auscultation.

En outre, dans les infirmeries, les bruits dans les pièces contiguës, ceux produits par les malades de la salle, par le personnel pour le service, sont autant d'obstacles à une auscultation fine.

Dans la majorité des cas, le diagnostic précoce, rapide, est plein de difficultés chez l'aliéné, où la marche lente des lésions se complique du peu de réactions qu'elles déterminent. Le plus grand nombre de ces malades ne se plaignent pas, ne toussent pas, ou fai-

blement, n'expectorent pas, ou très peu, conservent durant une période assez longue embonpoint et appétit; la teneur, l'extériorisation de leur forme mentale même ne varie pas et l'attention n'est souvent éveillée qu'à l'apparition de symptômes objectifs tardifs.

Une des difficultés du diagnostic précoce tient, en effet, « à la torpeur des fonctions organiques, à l'absence de réactions réflexes, vaso-motrices, sudorales, etc... Et précisément cette absence réactionnelle, qui est un symptôme en quelque sorte de certaines formes de vésanies plus volontiers tributaires de la tuberculose (démence, lypémanie), favorise d'autre part la réceptivité par l'insensibilité relative au froid ».

Or, l'indocilité ou le défaut d'éducation respiratoire du malade privent l'auscultation de sa clarté décisive. Les renseignements sur les antécédents personnels (hémoptysie, pleurésie), ou héréditaires, manquent le plus souvent, et le diagnostic est fait de présomptions jusqu'au jour tardif où, après une marche insidieuse et plus ou moins longue, la maladie prend une allure brusquement rapide. Un malade qui, jusque-là, n'attirait pas l'attention, se fait remarquer par son amaigrissement, par de la diarrhée, et rapidement, dès lors, évolue la cachexie de concert avec le flot envahissant du ramollissement pulmonaire.

3° LA RADIOSCOPIE, cet adjuvant si précieux et si communément employé de nos jours, donnerait d'utiles renseignements; elle pourrait nous révéler surtout les lésions tuberculeuses ne se manifestant par aucun signe clinique. Elle manque dans les asiles, du moins

dans la plupart. Il est vrai que son emploi ne serait pas toujours praticable : les aliénés ne sont pas des malades ordinaires; et pour cela, comme pour l'auscultation, ils créeraient certainement plus d'une difficulté au médecin. Cependant beaucoup d'entre eux pourraient bénéficier d'un examen radioscopique qui rendrait plus aisée la tâche du médecin, et surtout qui permettrait d'entreprendre plus tôt un traitement judicieux du malade. Notons, en passant, que la radioscopie ne rendrait pas seulement des services au point de vue de l'examen pulmonaire des malades, mais permettrait aussi bien des examens du tube digestif, dont les affections sont très fréquentes dans les asiles, et des fractures et autres affections des membres, qui sont loin d'être rares chez les aliénés.

4° Dans certains asiles possédant un laboratoire bien installé, on a essayé de dépister de façon précoce la tuberculose. Successivement on a expérimenté :

a) *L'injection de tuberculine* : mais nous savons qu'une réaction positive n'a pas grande valeur pratique, puisqu'elle se rencontre chez la moitié des sujets sains ;

b) *La cuti-réaction* : son auteur, Von Pirckett, ne la conseille d'ailleurs que dans l'enfance, où là seulement elle donne de bons résultats pratiques ;

c) *L'ophtalmo-réaction* : ses résultats sont très divergents. Si la réaction est à peu près constante chez les tuberculeux, elle décèlerait moins de tuberculoses latentes que chez les non-tuberculeux que les autres procédés à la tuberculine ;

d) *Le séro-diagnostic de S. Arloing et P. Courmont,*

tout indiqué dans le cas où l'on soupçonne une tuberculose au début ou à forme lente, « donne de moins bons résultats dans les formes graves ou à marche rapide, et chez les phthisiques avancés, mais dans ces derniers cas on n'a pas besoin de l'agglutination pour le diagnostic ». Si cette réaction est absolument inoffensive, facile, rapidement applicable, sensible, elle demande toutefois « une technique précise, un observateur exercé, une interprétation critique dans ses applications cliniques ».

Sur les réactions précédentes, elle présente l'avantage de tirer « des conclusions pratiques, au point de vue pronostique, des variations de l'intensité de la réaction agglutinante comparée aux autres symptômes de la tuberculose d'un même sujet ».

e) *La réaction de Besredka* : ces dernières années, on s'est adressé à une réaction plus récente : *la réaction de Besredka*, application de la réaction de fixation du complément à la tuberculose.

Abély remarque, d'après Urbain, qui a fait une mise au point complète de tous les résultats obtenus, « que ce procédé permet de déceler des tuberculoses latentes; qu'il indique l'existence des foyers en activité; qu'il y a parallélisme entre sa présence et la présence des anticorps tuberculeux dans le sang; qu'elle est enfin un peu tardive et que sa constatation permet d'affirmer une évolution tuberculeuse datant déjà de quelque temps ».

Mais toutes ces recherches n'ont pu être faites que dans des asiles « modernisés », où le laboratoire a trouvé sa place à côté des divisions de malades. Des

réactions de ce genre ne peuvent être suivies dans la plupart *des asiles qui sont généralement dépourvus de laboratoires.*

Et il serait à souhaiter que chaque asile possédât un laboratoire qui, même modeste, mais suffisamment outillé, pourrait permettre, en premier lieu, des examens d'ordre médical général, comme des examens bactériologiques simples, examen direct de microbes, recherche des bacilles de Koch, inoculations, culture, au besoin, de bacilles diphtériques, examen courant des urines, examen des fonctions rénales, hépatiques, etc. ; recherches d'ordre plus spécial, familières aux asiles : liquide céphalo-rachidien, albuminimétrie, numération lymphocytaire, réactions diverses de pratique psychiatrique courante.

Ces difficultés sont à peu près les mêmes pour tous les médecins d'asiles, qui se trouvent devant les mêmes obstacles toutes les fois qu'il s'agit de l'examen approfondi et méthodique des aliénés.

Un asile d'aliénés est encore, à notre époque, trop considéré comme un « asile » et pas assez comme un hôpital psychiatrique ; en conséquence, l'asile est loin d'être aménagé comme un hôpital.

Le seul examen des malades, dans les conditions que nous venons d'énumérer, nous donne un pourcentage de tuberculeux bien inférieur à celui fourni par les autopsies.

M. le Docteur Condomine a bien voulu nous communiquer les chiffres extraits de son rapport annuel pendant 7 années consécutives.

Années	Décès	Décès par tuberculose pulmonaire	Décès par autres tuberculoses	Pourcentage
—	—	—	—	—
1922	93	10	8	19,3 %
1923	112	11	3	12,5 %
1924	106	19	»	17,9 %
1925	116	5	5	8,6 %
1926	96	8	3	11,4 %
1927	109	14	4	16,5 %
1928	94	10	3	13,8 %

Nous arrivons ainsi à une moyenne, pour ces sept années, de 14,3 % décès par tuberculose.

Tandis que les autopsies que nous avons pu pratiquer, pendant une période de notre séjour à l'Asile de Bron, nous ont donné des chiffres bien supérieurs.

Sur 24 autopsies de femmes, nous avons trouvé 6 fois, c'est-à-dire dans un quart des cas, une tuberculose uni ou bi-latérale, une granulie, un mal de Pott.

Sur 18 autopsies d'hommes, 6 également, c'est-à-dire un tiers, présentaient des signes de tuberculose pulmonaire évolutive ; un, des abcès froids multiples.

Les deux tiers environ des pulmonaires étaient des tuberculeux fibreux ; les autres présentaient des signes de ramollissement plus ou moins étendus.

La tuberculose est donc fréquente à l'asile, et, malgré les difficultés, nous nous devons de faire tous nos efforts pour la dépister le plus tôt possible, pour la soigner ensuite et éviter sa propagation auprès des malades indemnes.

Formes cliniques

Dans une étude des formes que peut présenter à l'asile la tuberculose pulmonaire, y a-t-il quelque chose de spécial à dire ? Non, si l'on se place au strict point de vue du phthisiologue. Toutes les formes cliniques se rencontrent, là comme au dehors. Mais il y a à dire si l'on se place au point de vue du psychiatre.

Il y a d'abord les cas, rares sans doute, mais non autant qu'on pourrait le croire, où le trouble mental est conditionné par la tuberculose, autrement dit où le malade n'est devenu un aliéné que parce que son cerveau a régi à la toxine ou au bacille tuberculeux.

Dans ces cas-là, la forme de tuberculose pulmonaire qui domine est une forme le plus souvent latente, qu'on découvre rarement : 1° parce qu'on ne pense pas assez, en présence d'un malade mental, que la cause organique de son affection psychique peut être la bacillose ; 2° en vertu des difficultés de diagnostic énoncées plus haut. Mais, si l'on veut bien y songer et s'astreindre à cette recherche, alors on pourra trouver dans certains cas, en particulier dans les confusions mentales fébriles, une bacillose latente ou à évolution lente, se traduisant par de petits signes stétacoustiques : quelques râles fins au sommet, des signes de

pleurite basale, une toux persistante surtout matinale, pas ou peu de crachats, un peu d'amaigrissement, des poussées fébriles coïncidant avec des épisodes confusionnels. Le diagnostic de ces formes latentes se confirmera par une ponction lombaire négative, l'absence de réaction du liquide céphalo-rachidien, l'absence de réaction de l'inoculation au cobaye. L'évolution en est très lente, et, dans les meilleures conditions de traitement, on pourra voir régresser les troubles mentaux en même temps que les signes physiques de la bacilliose disparaîtront. Brunerie, dans sa thèse, a pu dire que ces tuberculoses latentes, signal d'alarme d'une infection plus grave, contresignées primitivement par un état confusionnel, étaient, pour l'évolution de l'affection mentale, un signe de pronostic bon.

De même, les signes de tuberculose latente devraient être cherchés systématiquement dans les cas de démence précoce ou de manie, ou de mélancolie, où l'on n'aurait pas trouvé de signature organique plus apparente.

Il va sans dire que la forme avec signes méningés, pouvant même donner des troubles psychiques et singulièrement un état de torpeur et de confusion, sera également dépistée. Mais, outre que les signes mentaux de la tuberculose méningée sont rarement assez marqués pour nécessiter l'internement, il ne faut pas oublier que là, la forme pulmonaire qui s'accompagne de signes méningés, est plus évolutive, et que le liquide céphalo-rachidien a réagi.

Donc, ce qui domine dans les troubles mentaux dus à la tuberculose, ce sont les formes latentes mais ac-

tives, évoluant vers la guérison parallèlement à l'atténuation ou à la guérison des troubles mentaux ; ou, en tous cas, évoluant lentement vers la gravité, et toujours parce que négligées ou mal dépistées.

En ce qui concerne à présent les formes de tuberculose rencontrées chez les malades d'asiles comme affections intercurrentes, il n'y a pas de formes anatomiques spéciales aux asiles. Mais il semble que, chez les aliénés, l'évolution clinique ne soit pas la même que chez les autres malades : c'est bien chez eux, comme nous venons de le voir, que se produisent le plus fréquemment les formes latentes. Nombreux sont les malades d'asiles chez qui les symptômes fonctionnels manquent complètement : beaucoup ne toussent pas, ne crachent pas et l'affection évolue pendant de longs mois sans fièvre. Quant aux signes physiques, ils sont très souvent difficiles à percevoir d'abord, à apprécier ensuite ; si la percussion peut donner quelques renseignements, il n'en est pas de même de la palpation et de l'auscultation qui sont, nous l'avons déjà fait remarquer maintes fois au cours de cette étude, spécialement difficiles à rechercher chez ces malades.

Il est des aliénés chez lesquels la tuberculose pulmonaire est assez rare : ce sont les paralytiques généraux. Il est à noter que, lorsqu'elle se produit chez eux, elle revêt presque toujours cette forme silencieuse, sans fièvre, et la plupart du temps sans toux.

Ce qui serait intéressant serait de rechercher si telle ou telle affection mentale aurait une affinité plus particulière pour telle ou telle forme de tuberculose pulmonaire.

Il semble que les vieux persécutés, les hallucinés, les mystiques, ces vieux et anciens malades d'asiles, qui demeurent des années à travailler ou à rêvasser dans les divisions, ceux-là, s'ils sont atteints de bacillose, ont plutôt tendance à faire des formes fibreuses ou scléro-fibreuses : ce sont ces malades souvent décharnés, vivant avec leur vieux catarrhe, comme on en rencontre dans tous les milieux d'asiles ou d'ailleurs.

Les mélancoliques auraient plutôt tendance à faire des formes évolutives plus ou moins rapides. Et cela se conçoit par les conditions mêmes de leur vie : ils ont progressivement une telle dénutrition, ils demandent eux-mêmes si peu de soins, si peu préoccupés ils sont de leur propre santé, que les ravages du bacille se font en eux plus facilement. Ils ne réagissent pas, alors que les premiers, leurs idées délirantes mises à part, vivent comme tout le monde.

Quant aux déments précoces, la tuberculose pulmonaire revêt chez eux une allure particulièrement torpide : « Les malades sont en état anergique, leur organisme n'est plus capable de l'effort réactionnel nécessaire. Amaigries, cachectiques, hypotendues, aménorrhéiques, ces femmes inertes ne toussent que rarement ; elles n'expectorent pas, elles ne se plaignent jamais de douleurs thoraciques. Leur respiration, ralentie de fréquence et réduite d'amplitude, comme l'ont montré les recherches de MM. Mignot et Legrand, ne laisse qu'un champ très limité aux signes d'auscultation, longtemps négatifs en dépit de lésions massives ».

Les formes pulmonaires ne sont pas les seules manifestations de la tuberculose chez les aliénés : la diarrhée chronique, si fréquente chez eux qu'on a pu décrire en pathologie interne une diarrhée chronique des aliénés, est souvent le symptôme dominant d'une entérite tuberculeuse. Anglade, qui a étudié cette question d'une façon toute particulière, a pu écrire :

« Nous avons systématiquement pratiqué, depuis plus d'un an, l'examen microscopique des ulcérations qui se rencontrent dans l'intestin des aliénés ayant succombé à cette prétendue diarrhée chronique. Dans tous les cas, cet examen nous a démontré la nature tuberculeuse de l'ulcération.

« Les ulcérations intestinales rencontrées chez les diarrhéiques chroniques, tuberculeux avérés ou non, se sont toujours montrées avec les caractéristiques de la lésion tuberculeuse. Dans toutes nos préparations, le bacille de Koch abonde extraordinairement. »

L'examen bactériologique des selles diarrhéiques pratiqué par Anglade, l'inoculation au cobaye d'un demi-centimètre cube d'eau mise en contact de ces selles, lui ont toujours donné des résultats positifs.

Sans dire qu'elles sont rares, on ne peut pas affirmer cependant que la péritonite, la méningite et l'encéphalite tuberculeuses se voient souvent à l'asile : on les rencontre, mais proportionnellement pas plus souvent que parmi la population extérieure.

Mais il faut faire une place à part aux tuberculoses locales, ganglionnaires ou osseuses. Elles se voient souvent chez les aliénés, évoluent d'une façon plus ou moins torpide, régressent parfois spontanément après

une suppuration plus ou moins longue, d'autres fois après avoir nécessité une ou plusieurs ponctions consécutives. Leur évolution est donc en tous points comparable aux tuberculoses locales observées dans la clientèle urbaine ou hospitalière.

Prophylaxie de la tuberculose à l'asile

« Aussi souvent qu'il nous sera défendu de remédier à l'état général d'un insensé, aussi souvent nous échouons à lui rendre la raison. »

C'est ainsi que s'exprimait déjà, en 1862, J. Workmann, à l'Académie des Médecins Aliénistes d'Amérique, à propos de la phtisie latente chez les aliénés.

C'est ce principe que nous devons toujours avoir présent à l'esprit. Et c'est pourquoi nous devons dépister les tuberculeux dans les asiles, pour les soigner d'abord, pour éviter qu'ils ne contaminent leur entourage ensuite. Examiner à fond, au point de vue somatique, — et malgré les difficultés inhérentes au genre de malades qui nous intéressent, — les poumons de ceux qui nous sont confiés ; compléter toujours cet examen somatique par une radioscopie, par un examen bactériologique des crachats. Mais, hélas ! ce sont des vœux, des désirs presque irréalisables dans la plupart des établissements d'aliénés : radioscopie, laboratoires manquent même dans des asiles très importants.

Dès le diagnostic posé de tuberculose latente ou évolutive, placer le malade en état de bonne résistance, lui organiser sa vie à l'asile comme au sanato-

rium, ce qui est relativement facile dans les établissements qui ont des pavillons d'isolement pour les tuberculeux comme en ont aujourd'hui à peu près tous les asiles bien tenus.

Mais *l'isolement* des contagieux, bien que pratiqué dans beaucoup d'établissements, laisse toutefois encore assez souvent à désirer.

Ce serait bien cependant la première réforme réellement utile.

Les Etats-Unis semblent en avoir donné l'exemple. Par ce moyen, le taux de la mortalité par tuberculose a baissé considérablement dans leurs asiles.

En Allemagne, depuis le Congrès de Berlin (1899), l'isolement des tuberculeux est admis en principe. L'asile de Lauenbourg possède un sanatorium type.

En Italie, l'isolement a été rendu obligatoire dans les asilès. Le docteur Luigi-Scabia préconisait l'emploi de la tuberculine comme moyen de diagnostiquer les aliénés à isoler.

En Angleterre, l'isolement et la tuberculine ont été également mis en usage.

La France est, elle aussi, entrée dans la voie des réformes.

En août 1900, le Congrès international de médecine avait émis le vœu « qu'il soit procédé à l'isolement et au traitement des aliénés tuberculeux, dans les asiles d'aliénés, en pavillons spéciaux pour un asile ou en sanatorium affecté à plusieurs asiles ».

En 1901, M. Waldeck-Rousseau, président du Conseil, dans une circulaire adressée aux préfets, ordonnait (Circulaire ministérielle, 15 juin 1901) :

« 1° Affichage dans tous les locaux occupés par le personnel ou les malades, de la défense de cracher à terre, dont il y aura lieu d'étudier en outre la réglementation et la sanction dans les conditions où elles paraîtront pouvoir s'exercer ;

« 2° Installation dans ces locaux et en nombre suffisant de crachoirs hygiéniques à un mètre du sol, bien en vue et au voisinage desdites affiches ;

« 3° Balayage humide de toutes les salles et lavage des parois.

« Donner au personnel une instruction suffisante touchant le danger de la tuberculose et la prophylaxie à y opposer.

« Donner aux blanchisseurs une instruction technique détaillée pour la désinfection du linge contaminé.

« Prescrire, autant que les locaux le permettront, l'établissement d'un quartier spécial destiné à l'isolement des aliénés tuberculeux. »

Cette circulaire ne semble pas, jusqu'alors, avoir été exécutée partout bien rigoureusement. Quelques directeurs ont fait placer, dans les salles, un certain nombre de crachoirs hygiéniques avec l'inscription susdite. D'autres se sont contentés de cette dernière prescription.

Mais on peut presque affirmer que la seule réforme qui puisse être véritablement efficace à l'asile, consiste dans l'isolement bien compris, en pavillons spéciaux, des aliénés tuberculeux.

Déjà, dans son rapport de 1901, M. le Professeur Pierret s'exprimait ainsi : « La seule solution qui

serait radicale, c'est-à-dire l'isolement des tuberculeux, ne pourrait se réaliser qu'à l'aide de beaucoup d'argent, et en construisant dans les asiles des bâtiments spécialement réservés aux infectieux. »

Cette question d'argent est de première importance chaque fois qu'il s'agit d'exécuter un projet quelconque.

Malgré la difficulté pour obtenir les fonds nécessaires, on a pu, dans certains asiles, créer des pavillons spéciaux à l'isolement des contagieux et particulièrement des tuberculeux. Mais les dépenses étaient considérables proportionnellement au nombre de malades qui en bénéficiaient. Aussi presque tous ces pavillons ont été désaffectés, et les tuberculeux sont, la plupart du temps, isolés d'une façon plus relative, c'est-à-dire dans une infirmerie attenante aux autres infirmeries d'une division. Le quartier en question est un peu éloigné des autres, nous en convenons, — bien exposé, nous le reconnaissons encore, — mais les salles de contagieux ne sont pas séparées d'une façon absolue des autres salles de malades, — et les contagieux debout sont en promiscuité permanente avec les autres malades levés, aussi bien dans la cour que dans la salle de récréation.

Et cependant, tant qu'on n'arrivera pas à cet isolement complet des tuberculeux aliénés, toutes les autres mesures d'hygiène seront à peu près inutiles.

On aura beau placarder sur tous les murs : « Défense de cracher à terre », multiplier le nombre des crachoirs, on n'arrivera pas à persuader à des aliénés

que ces mesures sont nécessaires dans leur intérêt et à les faire exécuter de plein gré.

Quant aux moyens de rigueur, ils sont tout aussi ilusoires. Comment espérer, avec des aliénés, un résultat qu'on ne peut obtenir avec des gens raisonnables ? Il ne semble pas qu'on tienne grand compte des affiches apposées partout dans les lieux publics, dans les chemins de fer, les tramways, les montées d'escalier, et que le nombre des tuberculeux qui sèment leurs bacilles de tous côtés ait diminué beaucoup.

Si, dans certains établissements, l'isolement des tuberculeux est à peu près inconnu, si, dans d'autres, il est pratiqué d'une façon relative, il en est, mais bien peu nombreux, où un pavillon a été spécialement affecté aux tuberculeux. Des galeries couvertes avec tentes ont été installées. Les résultats de cette innovation sont très encourageants.

Cependant, les pavillons, tels qu'ils sont disposés actuellement, ne nous paraissent pas toujours favorables à cette adaptation. Ils ne conviennent guère qu'à une catégorie d'aliénés. Or, le pavillon d'isolement doit servir à la fois à des mélancoliques et à des malades agités, à des épileptiques, à des gâteux, en un mot à toutes les catégories d'aliénés tuberculeux.

Un pavillon actuel aurait besoin de transformations tellement considérables, qu'il serait préférable, bien souvent, de construire un pavillon d'isolement, — ce qui permettrait en outre de lutter avec intérêt contre l'encombrement de la plupart des asiles.

Mais là encore nous nous heurtons à l'inévitable question financière : frais de construction, d'aména-

gement, rétribution d'un personnel nécessairement plus nombreux.

Si nous avons pu constater avec regret l'installation surannée et souvent anti-hygiénique de certaines infirmeries, nous avons pu aussi voir des aliénés tuberculeux installés dans des salles ensoleillées, bien aérées, aux murailles revêtues intérieurement de peintures imperméables et faciles à laver, — où les parois des water-closets sont couvertes de carreaux émaillés, ou de faïence, de façon à ce qu'elles soient réfractaires à l'imprégnation miasmatique, et qu'elles puissent être lavées. Dans les salles, les planchers en bois ont été remplacés par du bitume et surtout du carrelage, permettant ainsi des lavages fréquents. Et s'ils présentent l'inconvénient d'être moins chauds, cet inconvénient est largement compensé par l'avantage d'une plus grande aseptie.

Le chauffage y est fait à la vapeur.

Le mobilier n'y est composé que d'objets faciles à désinfecter par le lavage antiseptique ou par l'étuve.

Voyons maintenant la *désinfection* en cours et en fin de maladie (excrétions, sécrétions, objets divers ayant été en contact avec les malades ou leurs déjections, linge, literie, etc.).

Nous ne saurions mieux faire que de rapporter, à ce sujet, les observations et les vœux présentés par l'Inspection générale des services administratifs, en 1923 :

« La désinfection a paru, en bien des cas, pour des motifs variés, touchant à la technique, à l'organisation adoptées, au choix des désinfectants, à l'état des ap-

pareils, soit insuffisamment contrôlée, soit assez douteuse dans ses garanties, voire illusoire.

« Pour peu qu'on interroge le personnel d'exécution, ce qui est la meilleure façon de se rendre compte de sa valeur et des garanties que présentent les opérations qu'il effectue, on note des défauts de technique qui ne vont pas sans manquer leur but et sans exposer le personnel lui-même.

« Tel infirmier expose qu'il vide les crachoirs, dépourvus d'ailleurs de solution antiseptique, dans la tinette ou dans les water-closets, et qu'après les avoir rincés à l'eau, il les « désinfecte » en les rinçant à nouveau au sublimé. Aucun ne parle de la nécessité de se laver les mains après l'opération, et souvent oublie de revêtir, pour ce faire, la blouse spéciale qu'il doit porter dans ce service.

« Entre ces cas extrêmes et d'ailleurs plutôt exceptionnels, qui révèlent le manque de valeur professionnelle de certains « infirmiers », ou le défaut d'instruction médicale, et ceux où la technique est au contraire satisfaisante, se placent des cas intermédiaires, — ce sont les plus nombreux, — où les procédés, pour être moins condamnables, n'en méritent pas moins une sérieuse mise au point.

« Cette mise au point doit s'étendre à toutes les étapes et à toutes les modalités des opérations, notamment à celles de désinfection du linge et à celles de la buanderie, qui devrait délivrer, pour le transport du linge contagieux, des sacs ou récipients spéciaux, posséder des bacs de trempage antiseptique (sans préjudice des précautions habituellement néces-

saires pour la manipulation et le triage de tout linge sale quel qu'il soit, etc.) et être pourvue en locaux et en matériel d'organisations propres à assurer, avec la protection de la santé de son personnel, celle de la santé publique.

« C'est à la buanderie qu'est le plus souvent annexé le pavillon de désinfection proprement dit : bâtiment renfermant avec l'étuve à vapeur, au formol, le dépôt d'appareils et produits divers (pulvérisateurs, formolisateurs, matériel transportable pour la désinfection des locaux).

« Un certain nombre d'asiles ne possèdent pas d'étuve. Dans quelques-uns le local qui l'abrite est insuffisamment aménagé pour son objet (nécessité d'un sol lavable, de compartiments et séparations en « côté infecté » et « côté désinfecté », de vêtements spéciaux, de lavabos et douches pour le désinfecteur). Parfois même c'est un simple hangar. Il a paru, au cours de la tournée, que quelques appareils devraient être vérifiés et remis en état et il a été indiqué que, pour la solution de tous ces points, il y avait lieu de se tenir en contact avec les services départementaux d'hygiène et leur chef spécialisé, pour mieux assurer le contrôle et l'étude des perfectionnements désirables et leur demander, à l'occasion, d'effectuer dans de meilleures conditions les grandes opérations que l'asile ne pourrait réaliser facilement par ses propres moyens. »

Quant au personnel chargé de donner nuit et jour des soins aux malades, il devrait être choisi d'une façon toute spéciale.

On devrait n'admettre comme infirmiers et infirmières que des individus bien portants, exempts de toute tare tuberculeuse. Ils devraient être instruits non seulement des soins particuliers à donner aux malades, des modes de contagion de la tuberculose, mais encore des dangers qu'ils courent et des moyens de les éviter. Car il est possible que la mortalité du personnel affecté aux soins des tuberculeux soit considérable, si ce personnel ne prend pas les précautions nécessaires. L'ignorance du personnel, en matière de tuberculose, est aussi dangereuse pour lui-même que pour les malades.

Les infirmiers devraient avoir une hygiène parfaite du corps, une nourriture saine et abondante, ne pas manger dans les salles de malades.

Sans doute, en raison même du danger et des exigences même du service, le recrutement serait peut-être un peu plus difficile ; mais on pourrait arriver cependant à avoir de bons infirmiers en augmentant un peu leur salaire, et cela sans trop grever le budget des asiles.

« Quels que soient les obstacles, ils ne disposent pas de l'effort qui s'impose impérieusement. Il y aurait lieu de susciter des propositions tendant à des créations locales ou interdépartementales et de les encourager. Il semble possible, en tous cas, de faire autre chose et mieux que dans beaucoup d'asiles où la question de la prophylaxie de la tuberculose n'a pas été retenue avec tout l'intérêt qu'elle comporte, et de tenter, tout de suite, sans se retrancher derrière l'étude de grands projets, ne serait-ce que par la série de

mesures prophylactiques plus courantes, plus faciles à mettre au point et à appliquer, d'obvier aux difficultés de la situation. Surtout, il ne faut pas que les tuberculeux, émetteurs de bacilles, continuent à séjourner en salle commune, dans les sections de malades aigus et curables, et que les mesures de désinfection, qui s'imposent à leur sujet, échappent à l'attention. »

Conclusions

I. — La tuberculose est plus fréquente dans les asiles d'aliénés que parmi la population extérieure.

II. — Mais elle n'atteint pas les aliénés indifféremment, au hasard de la contagion. Par la nature même de leur affection mentale, certains malades sont pour ainsi dire voués à la bacillose (déments précoces).

Chez d'autres, au contraire (persécutés, hallucinés, mystiques, mélancoliques) on peut et doit l'éviter, ou enrayer du moins son évolution, si l'on a la possibilité d'en faire le diagnostic précoce d'une part, si d'autre part toutes mesures utiles sont prises pour augmenter la résistance du terrain et pour éviter la propagation de la maladie.

III. — C'est pour tous ces malades, mais pour la deuxième catégorie en particulier, qu'il faut désirer et demander à qui de droit toutes les améliorations nécessaires dans le fonctionnement des asiles d'aliénés :

- Aménagement meilleur de beaucoup d'asiles ;
- Installation de laboratoires ;
- Installation de la radioscopie ;
- Personnel médical plus nombreux ;

Infirmiers et infirmières plus nombreux, plus instruits et mieux préparés à l'accomplissement de leurs fonctions.

Tout cela pour permettre une application plus stricte, par conséquent plus efficace, de l'hygiène à l'asile.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	COURMONT.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 14 Juin 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

ABÉLY. — Sur quelques cas de psychopathies tuberculeuses. — *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*. Paris, 1925.

— Les psychopathes tuberculeux au dispensaire. — *Encéphale*, juin 1925, n° 6, p. 442.

ALMEIDA (W.). — Le problème de l'assistance des aliénés tuberculeux. (*Archives brésiliennes de neur. et de psych.* — Rio-de-Janeiro, 1919, 4^e trimestre). — *Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 1920, p. 257.

AMEGHINO. — Autour de l'étiologie tuberculeuse dans les maladies mentales. (*Revista de Criminologia y Psiquiatria*, Buenos-Ayres, XII, 68, avril 1925). — *Encéphale*, février 1926, p. 156.

AMEGHINO et PORRE. — Le séro-diagnostic de la tuberculose chez les malades mentaux. (*Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina legal*, Buenos-Ayres, XI, 64, 1924). — *Encephale*, juillet-août 1925, n° 7, p. 554.

ANGLADE. — La propagation de la tuberculose par les bacilles contenus dans les selles. Prépondérance de ce mode de propagation dans les asiles d'aliénés. — *Annales médico-psychologiques*, 1902, p. 50-68.

ARLOING (S.) et Paul COURMONT. — Séro-diagnostic de la tuberculose. — *Congrès pour la lutte contre la tuberculose*, Berlin, 9 mai 1899.

- ARLOING (S.) et COURMONT (Paul). — L'agglutination du bacille de Koch; séro-diagnostic. *Zeit. f. Tuberkul. und Heilstättenwesen*, 1900, Band 1, Heft 1.
- Le séro-diagnostic de la tuberculose. — *Revue Générale, Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} décembre 1900.
- BARD (L.). — Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. — *Journal de Médecine de Lyon*, 8^e année, 20 janvier 1927, n° 169; 5 février 1927, n° 170.
- BLANCHE (Maurice). — L'alimentation rationnelle du tuberculeux. — *Th. Paris*, 1906.
- LA BONNARDIÈRE (Léon). — Contribution à l'étude des rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose. — *Thèse Lyon*, 1898.
- BRIAND (Marcel). — Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. — *Annales médico-psychologiques*, 1906, 9^e série, III, p. 32 à 38.
- La tuberculose dans les asiles d'aliénés. — *Revue de psychiatrie*, 6^e série, XIV, nov. 1910, n° 11, p. 460.
- BROUARDEL (P.). — Mortalité par tuberculose dans les asiles d'aliénés de France, 1894-1898. — *Commission de la tuberculose*, Paris, 1900, p. 148 à 150.
- BROUSSEAU. — L'étiologie tuberculeuse en psychiatrie. — *Communication au 8^e Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*. — Québec, 10-11 septembre 1924.
- BRUNERIE (Albert). — Essai sur les troubles psychiques au cours de la tuberculose pulmonaire. — *Th. Lyon*, 1927.
- CALMEIL. — *Dictionnaire de Médecine*, art. « Aliéné ».
- CHAPMAN. — La tuberculose dans les asiles de Grande-Bretagne et d'Irlande. — *Annales médico-psychologiques*, 8^e série, XVIII, sept. 1903, p. 343.

- CHARDON et RAVIART. — Installation d'un pavillon d'isolement des aliénés tuberculeux à l'asile d'Armenitières. — *Archives de Neurologie*, 1903, 2^e série, XVI, p. 403 à 409.
- CHARTIER. — De la phtisie et en particulier de la phtisie pulmonaire dans ses rapports avec les psychoses. — *Th. Paris*, 1899.
- CIARLA (E.). — Démonstration de l'existence de la psychose proto-bacillaire par toxi-infection tuberculeuse. (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, 31 déc. 1923). — *Encéphale*, juill.-août 1925, n° 7, p. 554.
- Psychoses proto-bacillaires par infection tuberculeuse. (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, 25 mars 1925). — *Encéphale*, juill.-août 1925, n° 7, p. 554.
- Circulaire ministérielle. — De l'isolement des aliénés atteints de tuberculose. — *Annales médico-psychologiques*, p. 338-340.
- CLOUSTON. — Art. Phtisical Insanity in *Diction. of Psychol. med.*, by Tuke.
- La tuberculisation et l'aliénation. — *Annales médico-psychologiques*, mai 1864, p. 315.
- CORNU (E.). — Sur la cuti-réaction et l'ophtalmo-réaction en psychiatrie. — *Annales médico-psychologiques*, 9^e série, VII, mars 1908, p. 177.
- COURMONT (J. et P.). — *Précis de bactériologie pratique*.
- COURMONT et ROCHAIX. — *Précis d'Hygiène*, 3^e édition.
- CROOKSHANK. — La fréquence, les causes, la prophylaxie et le traitement de la phtisie pulmonaire dans les asiles d'aliénés. — *Annales médico-psychologiques*, 8^e série, XVIII, nov. 1903, p. 483.
- CULLERRE. — Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés. — *Annales médico-psychologiques*, 5^e série, XV, mars 1876, p. 161.
- DAGONET. — *Traité des maladies mentales*, p. 124.

- DECORSE (R.-F.). — Etude statistique de la tuberculose à l'asile public d'aliénés de Cadillac-sur-Garonne. (Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de l'aliénation mentale). — *Th. Bordeaux*, 1907.
- DESTREE et GALLEMAERS. — *La tuberculose en Belgique*, p. 17.
- DRAPES (Th.). — Phtisis and insanity. — *Journal of mental science*, oct. 1901, p. 668.
- DUROCHER (A.). — Tuberculose et D. P. — *Th. Paris*, juill. 1906.
- ESQUIROL. — *Maladies mentales*, 1838, t. I, p. 442-465.
- GEIST. — Tuberkulose und Irrenanstalten. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*. Band 61, p. 477.
- GIMBERT (Jh-Henry). — Contribution à l'étude des psycho-névroses chez les tuberculeux. — *Th. Paris*, 1906.
- GIRAUD, NICOLAU et TOULOUSE. — *Rapport médical sur l'asile de Saint-Yon*, 1894, 24.
- GUISLAIN (Jh). — *L'aliénation mentale*. — Amsterdam, 1826, t. 2, p. 315.
- HAGEN. — Lungenschwindsucht und psychische Krankheiten. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, Band 7, p. 253.
- HEIMANN. — Die Todesursachen bei Geisteskranken. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, t. LVII, fasc. 4.
- KAHN (Pierre) et GALLAIS. — Tuberculose et D. P. — *Encéphale*, 8^e année, XV, n^o 5, mai 1913, p. 482.
- KLIPPEL. — P. G. et Tuberculose. — *Rev. Neurol.*, 1905, n^o 7, 15 avril, p. 377.
- LÉPINE (Jean). — Ophtalmo-réaction de Calmette en psychiatrie. — *Soc. de Biol.*, 27 juill. 1907, p. 244.
- Nouvelles recherches sur l'ophtalmo-réaction chez les aliénés. — *Soc. de Biol.*, 12 oct. 1907, p. 300.
- Ophtalmo-réaction en psychiatrie. Variations et anomalies. — *Soc. de Biol.*, 19 oct. 1907, p. 331.

- LÉVY-VALENSI (J.) et GENIL-PERRIN (G.). — Cuti-réaction à la tuberculine chez 57 aliénés. — *Encéphale*, 1913, XVI, p. 80.
- MABILLE et LALLEMAND. — *Les folies diathésiques*, 1890, 141.
- MARCE. — *Maladies mentales*.
- MARCHAND (L.). — *Manuel de médecine mentale*, 1908.
- MARIE (A.). — La tuberculose dans les asiles. — *Revue de Psych.*, 1905.
- MARIE et ROLET. — La tuberculose dans les asiles d'aliénés. — *Arch. de Neurologie*, 1906, 2^e série, XXII, p. 287, p. 362.
- MARIE et BEAUSSART. — Tuberculose et aliénation mentale. Recherches étiologiques par le séro-diagnostic. — *Rev. Psych.*, 6^e série, XIV, mai 1910, 177.
- MAUSSIRE (Paul). — De la nécessité d'isoler les tuberculeux dans les asiles d'aliénés. — *Th. Lyon*, 1902.
- MENZIES (W.-F.). — Quelques points connexes à la tuberculose des asiles. — *The Journal of mental science*, juill. 1905, in *Annales médico-psychologiques*, 9^e série, VIII, sept. 1908, p. 322.
- MIRA, RODRIGUEZ, ARIAS et SEIX. — (Barcelone). Contribution à l'étude de la tuberculose et de la schizophrénie. — *Encéphale*, n° 9, nov. 1926.
- MOREL. — *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 162 et suiv.
- Mortalité par tuberculose dans les asiles d'aliénés. — Commission de la Tuberculose. La propagation de la tuberculose. Moyens pratiques de la combattre. — Paris, 1900, p. 395 à 397.
- PARCHAPPE. — *Traité de la folie*. Observations particulières et documents nécroscopiques.
- Rapport présenté par l'Inspection générale des services administratifs*. Année 1923, chap. VII.
- ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de psychiatrie*, 1923.

- ROLET (J.). — La tuberculose dans les asiles d'aliénés. — *Th. Paris*, 1906.
- SNELL. — Die Lungenschwindsucht bei Geisteskranken. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*. Band 48, p. 166.
- SPENCE (James-Severidge). — (Discours présidentiel prononcé à la 58^e séance annuelle de l'Association méd.-psychol. tenue à Londres le 27 juillet 1899). — La tuberculose dans les asiles d'aliénés. — *Annales médico-psychologiques*, 8^e série, XVIII, nov. 1903, p. 481.
- TIRETTA (J.). — Sur la réaction de Moriz Weisz dans les maladies mentales et les affections tuberculeuses. — (*Rivista sperimentale di frenatria*, 15 mai 1923); *Encéphale*, mai 1924, n^o 5, p. 329.
- TOULOUSE. — *Les causes de la folie*, 1896, p. 221.
- VIÉ (Jacques). — La réaction de Besredka dans la démence précoce. — *Encéphale*, avril 1930, n^o 4, p. 314.
- ZALLA. — Tuberculose et maladies mentales. (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, mai-juin 1923). — *Encéphale*, mars 1924, n^o 2, p. 206.
- Mortalité par tuberculose dans les asiles d'aliénés particulièrement. — (*Riv. di Pat. nervosa e mentale*, oct. 1922). — *Informateur des aliénistes et des neurologistes*, XIX, 1924, 79.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	13
Historique	15
Causes de la tuberculose dans les asiles	21
Difficultés du diagnostic précoce	29
Formes cliniques	37
Prophylaxie de la tuberculose à l'asile	43
Conclusions	53
Bibliographie	55



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



